济生肾气丸辅助西医治疗应用于肾阳虚亏证老年良性前列腺增生的效果观察

姜玉婷[1],晁流[2],张艺[1],李天香[1],张博[1]

(1. 江苏省人民医院宿迁医院,江苏 宿迁 223800;2. 南京鼓楼医院集团宿迁医院,江苏 宿迁 223800)

摘要 目的:探究济生肾气丸辅助西医治疗对肾阳虚亏证老年良性前列腺增生(BPH)的应用效果。方法:选取 2023 年 1 月—2024 年 5 月江苏省人民医院宿迁医院收治的 180 例老年 BPH 患者,根据治疗方法分为西医组、中医组和联合组,每组 60 例,西医组予以坦索罗辛 + 非那雄胺治疗,中医组予以济生肾气丸治疗,联合组予以中西医结合治疗。比较 3 组临床疗效、血清指标[肿瘤坏死因子 - α(TNF - α)、白细胞介素(IL - 6),干扰素 - γ(INF - γ)、睾酮(T)、雌二醇(E_2)、前列腺特异抗原(PSA)],尿流动力学指标[最大尿流率(Qmax)、膀胱残余尿量(RUV)],前列腺体积(PV),国际前列腺症状评分(IPSS),匹茨堡睡眠质量指数(PSQI)。结果:联合组疗效优于西医组和中医组($P < 0.05$)。治疗后,3 组主症及次症积分均降低($P < 0.05$),联合组和中医组均低于西医组($P < 0.05$)。治疗后,3 组TNF - α、IL - 6、E_2/T、PSA、PV、IPSS 评分、RUV、PQSI 评分减少($P < 0.05$),联合组低于中医组和西医组($P < 0.05$),3 组 Qmax 增加($P < 0.05$),联合组高于中医组和西医组($P < 0.05$)。结论:济生肾气丸与坦索罗辛、非那雄胺联合用于肾阳虚亏证老年 BPH 的临床治疗,可有效减轻炎症、调节性激素水平,改善前列腺下尿路症状及尿流动力学情况,从而有效提升疗效,改善生活质量。

关键词 良性前列腺增生;肾阳虚亏证;济生肾气丸;坦索罗辛;非那雄胺;尿流动力学;睡眠质量

中图分类号:R256.53 **文献标识码**:A **文章编号**:1002 - 2392(2025)10 - 0080 - 05

DOI:10.19664/j.cnki.1002 - 2392.250214

良性前列腺增生(BPH)是男性泌尿系统疾病,多发于中老年人群中,其发病率与年龄呈正相关,BPH 发病机制复杂且病程较长,睾丸功能、性激素平衡失调、异常代谢性疾病等都与 BPH 的发生有关[1-2]。患者临床可见尿频、尿急、排尿困难等下尿路症状,严重可导致尿路感染、肾衰竭,严重影响患者生命健康[3]。BPH 起病隐匿,且进展缓慢,早期由于无典型症状,随着下尿路症状逐渐出现、加重,病情也逐渐严重[4]。坦索罗辛和非那雄胺是临床 BPH 常用西医疗法,二者联合适用于进展风险大的患者,可通过抑制尿路平滑肌痉挛和抑制雄激素转化,改善前列腺增殖和临床下尿路相关症状,但临床需长期用药,会增加不良反应[5-6]。中医认为 BPH 归属“精癃”“癃闭”等范畴,病位在肾和膀胱,主要由于肾气亏虚造成膀胱气化功能不利而致,临床以肾阳虚亏证最为常见[7]。济生肾气丸出自《严氏济生方》,有温补肾阳、化气行水的功效,可治肾阳虚、小便不利、痰饮咳喘、腰重脚肿等[8]。基于此,本研究对肾阳虚亏证老年 BPH 患者予以济生肾气丸联合坦索罗辛 + 非那雄胺治疗,分析其临床疗效。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月—2024 年 5 月江苏省人民医院宿迁医院收治的 180 例老年 BPH 患者,根据治疗方法分为 3 组,西医组、中医组和联合组,每组 60 例。3 组基本资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经江苏省人民医院宿迁医院伦理委员会审批通过(2024 - SL - 0081)。

表 1 3 组老年 BPH 患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄/岁	病程/年	体质量指数/($kg \cdot m^{-2}$)
西医组	60	74.26 ± 3.12	5.36 ± 1.34	22.85 ± 1.26
中医组	60	73.45 ± 3.48	5.12 ± 1.37	22.57 ± 1.25
联合组	60	73.87 ± 3.17	5.48 ± 1.28	22.71 ± 1.26

收稿日期:2024 - 11 - 10 **修回日期**:2025 - 06 - 27

基金项目:宿迁市第一人民医院专项课题(SY202311)

作者简介:姜玉婷(1984 -),女,硕士,副主任医师,主要从事老年科疾病临床工作。

1.2 诊断标准

西医诊断符合《外科学》[9] 中 BPH 相关诊断，①伴有排尿困难、尿频、尿痛、尿线细症状；②前列腺体积(PV) > 25 mL，中央沟浅或消失；③尿量 > 150 mL 时，最大尿流率(Qmax) < 18 mL/s。

中医诊断符合中医“癃闭”肾阳虚亏证相关诊断[10]。主症可见排尿困难、尿频、腰膝酸软，次症可见面色㿠白、神疲乏力、畏寒肢冷、夜尿增多、舌质淡苔薄白、脉沉迟或无力。

1.3 纳入及排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合中西医相关诊断标准；②临床资料完整；③年龄 65 ~ 82 岁；④参与研究前 1 个月无 α - 受体阻滞剂类药物服用史，6 个月无 5α 还原酶抑制剂服用史；⑤国际前列腺症状评分(IPSS)[11] > 19 分。

1.3.2 排除标准

①伴尿道结构异常、其他泌尿系统疾病者；②对研究所用药物过敏者；③有认知障碍、依从性差，不能配合研究顺利进行者；④有膀胱或前列腺手术史者；⑤伴严重心、肺等脏器功能损伤或不全者。

1.4 治疗方法

西医组患者于每晚睡前口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊(杭州康恩贝制药有限公司，国药准字 H20050285，0.2 mg)，0.2 mg/次，1 次/d；非那雄胺片(浙江仙琚制药股份有限公司，国药准字 H20031186，5 mg)，5 mg/次，1 次/d。

中医组患者服用济生肾气丸，组方：熟地黄 20 g，山药 15 g，茯苓、车前子各 12 g，山茱萸、牛膝、泽泻、牡丹皮各 10 g，附子 6 g，肉桂 3 g。按照剂量取上述药材加 500 mL 清水进行煎煮，煮至 150 mL，早晚各 1 次口服。

联合组患者予以坦索罗辛 + 非那雄胺 + 济生肾气丸治疗，用法用量均同西医组和中医组。所有患者均连续用药 6 周。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 临床疗效

根据 IPSS 评分进行评估，IPSS 评分下降率 = (治疗前 - 治疗后) 评分/治疗前评分 × 100%。显效：治疗后，临床相关症状消失，IPSS 评分下降率 ≥ 70%；有效：症状有明显改善，20% ≤ IPSS 评分下降率 < 70%；无效：症状无改善或者病情加重，IPSS 评分下降率 < 20%。总有效率 = (显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%。

1.5.2 中医症状

观察患者治疗前后肾阳虚亏证相关症状，根据症状无、轻、中、重度分别计 0、1、2、3 分。

1.5.3 血清指标

采集治疗前后空腹静脉血 5 mL 放置于抗凝管，在室温下静置 30 min，3 000 r/min 离心 10 min，采用酶联免疫吸附法测定上清液中肿瘤坏死因子 - α(TNF - α)、白细胞介素(IL - 6)，干扰素 - γ(INF - γ)、雌二醇(E_2)、睾酮(T)、前列腺特异抗原(PSA)水平。

1.5.4 前列腺指标

在治疗前后进行 PV、IPSS 评估。使用飞利浦 HD15 型彩色多普勒超声诊断仪进行 PV 测定，PV = 0.52 × 前后径 × 上下径 × 左右径；IPSS 量表包含排尿不尽、间隔时间、憋尿困难、夜尿次数等 7 项内容，总分为 0 ~ 35 分，分数越高，表明症状越严重。

1.5.5 尿流动力学

治疗前后，使用维信医疗 Nidoc970A 型尿流动力学分析仪对 Qmax 进行测定；使用飞利浦 HD15 型彩色多普勒超声诊断仪测定膀胱残余尿量(RUV)。

1.5.6 睡眠质量

采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PQSI)[12] 在治疗前后评估，量表共 7 个维度，包含入睡时间、睡眠障碍、质量等，总分为 0 ~ 21 分，得分越低提示睡眠质量越好。

1.6 统计学方法

使用 SPSS20.0 软件分析研究数据，例或百分比(%)描述计数资料，组间实施 χ^2 或秩和检验；($\bar{x} \pm s$) 描述 PSA、IPSS 评分、Qmax 等计量资料，组内、组间分别实施配对、独立 t 检验，$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

联合组疗效优于西医组、中医组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 3 组老年 BPH 患者疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
西医组	60	27(45.00)	19(31.67)	14(23.33)	46(76.67)
中医组	60	32(53.33)	16(26.67)	12(20.00)	48(80.00)
联合组	60	41(68.33)	16(26.67)	3(5.00)	57(95.00)#△

注：与西医组相比，#$P < 0.05$；与中医组相比，△$P < 0.05$。

2.2 中医症状

治疗后，3 组患者主症及次症积分均降低($P < 0.05$)，联合组、中医组均低于西医组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 3 组老年 BPH 患者中医证候症状改善情况比较($\bar{x} \pm s$，分)

组别	例数	主症		次症	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西医组	60	4.52 ± 1.13	2.31 ± 0.57*	8.56 ± 2.14	3.14 ± 0.79*
中医组	60	4.81 ± 1.21	1.64 ± 0.41*#	9.04 ± 2.26	2.58 ± 0.66*#
联合组	60	4.77 ± 1.19	1.58 ± 0.39*#	8.41 ± 2.10	2.44 ± 0.61*#

注：与同组治疗前相比，*$P < 0.05$，与西医组相比，#$P < 0.05$。

2.3 血清指标

治疗后,3 组患者 TNF - α、IL - 6、E_2/T、PSA 水平降低($P < 0.05$),联合组低于中医组和西医组($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 3 组老年 BPH 患者血清指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF - α/(pg/mL)		IL - 6/(pg/mL)		E_2/T		PSA/(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西医组	60	71.84 ± 80.20	564.31 ± 66.38*	17.32 ± 3.46	12.57 ± 1.39*	8.12 ± 1.27	4.71 ± 0.64*	8.77 ± 1.17	5.26 ± 0.88*
中医组	60	713.34 ± 79.26	552.24 ± 65.51*	18.08 ± 3.62	12.21 ± 1.39*	8.61 ± 1.32	4.66 ± 0.62*	8.46 ± 1.11	5.14 ± 0.85*
联合组	60	705.47 ± 78.38	512.87 ± 61.39*#△	17.85 ± 3.57	11.58 ± 1.17*#△	8.54 ± 1.31	4.35 ± 0.58*#△	8.61 ± 1.15	4.74 ± 0.79*#△

注:与同组治疗前相比,*$P < 0.05$;与西医组相比,#$P < 0.05$;与中医组相比,△$P < 0.05$。

2.4 前列腺指标

治疗后,3 组患者 PV、IPSS 评分均减少($P < 0.05$),联合组低于中医组、西医组($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 3 组老年 BPH 患者前列腺指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IPSS 评分/分		PV/mL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西医组	60	25.84 ± 3.21	10.87 ± 2.17*	40.25 ± 4.73	26.21 ± 3.08*
中医组	60	26.11 ± 3.27	10.46 ± 2.09*	41.12 ± 4.84	26.58 ± 3.14*
联合组	60	26.65 ± 3.34	8.31 ± 1.66*#△	39.86 ± 4.68	24.33 ± 2.70*#△

注:与同组治疗前相比,*$P < 0.05$;与西医组相比,#$P < 0.05$;与中医组相比,△$P < 0.05$。

2.5 尿流动力学指标

治疗后,3 组患者 Qmax 增加($P < 0.05$)、RUV 减少($P < 0.05$),联合组 Qmax 高于中医组、西医组,RUV 低于中医组、西医组($P < 0.05$)。见表 6。

表 6 3 组老年 BPH 患者尿流动力学比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Qmax/(mL/s)		RUV/mL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西医组	60	8.36 ± 1.67	13.57 ± 1.47*	35.21 ± 2.35	25.84 ± 2.15*
中医组	60	8.52 ± 1.70	13.57 ± 1.51*	34.72 ± 2.31	25.43 ± 2.12*
联合组	60	8.12 ± 1.62	14.33 ± 1.59*#△	34.53 ± 2.29	24.57 ± 2.04*#△

注:与同组治疗前相比,*$P < 0.05$;与西医组相比,#$P < 0.05$;与中医组相比,△$P < 0.05$。

2.6 睡眠质量

治疗后,3 组患者 PQSI 评分均减少($P < 0.05$),联合组低于中医组、西医组($P < 0.05$)。见表 7。

表 7 3 组老年 BPH 患者睡眠质量比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
西医组	60	18.52 ± 1.21	10.52 ± 2.10*
中医组	60	18.42 ± 1.23	10.11 ± 2.02*
联合组	60	18.21 ± 1.28	8.45 ± 1.69*#△

注:与同组治疗前相比,*$P < 0.05$;与西医组相比,#$P < 0.05$;与中医组相比,△$P < 0.05$。

3 讨论

中医将 BPH 归属“癃闭”“淋证”等症状,多由肾气亏虚、肾阳不足致血行不畅、气化不利,肾阳不足,精气枯竭,肾阳温煦无力,膀胱气化不利,气不化水,出现尿频、尿急等,临床多以肾阳虚亏证最为常见,治疗以补肾助阳、通利水道为主[13-14]。济生肾气丸方中附子回阳救逆、补火助阳,肉桂补火助阳、引火归元,可温肾阳,助膀胱气化,为君药;熟地黄益精填髓、补血养阴,山茱萸补益肝肾、涩精固脱,山药补益脾胃、滋肾生津为臣药;泽泻利水渗湿,车前子清热利尿、通淋渗湿,茯苓利水渗湿、健脾补中、宁心安神,牛膝利尿通淋、补肝益肾、活血化瘀、引火下行,牡丹皮清热活血、凉血散瘀,为佐药,诸药合用共奏温补肾阳、化气行水的功效。

治疗后,联合组疗效优于西医组和中医组,联合组和中医组主症及次症积分低于西医组,联合组 PV、IPSS 评分、RUV、PQSI 评分低于中医组和西医组,Qmax 高于中医组和西医组,提示济生肾气丸辅助西医治疗可有效改善前列腺及尿流动力学情况,提升疗效,促进生活质量改善。

坦索罗辛和非那雄胺均是 BPH 常用治疗药物,坦索罗辛可选择性地阻断 α1 肾上腺素受体,通过作用于前列腺、膀胱颈及尿道的 α1 肾上腺素受体,有效抑制平滑肌收缩,减轻尿路阻力,改善尿急、尿频、排尿困难等相关症状[15];非那雄胺属于 5α - 还原酶特异性抑制剂,可有效抑制5α - 还原酶活性,抑制睾酮转化为二氢睾酮(DHT),减缓前列腺细胞的增殖,从而改善 BPH[16]。济生肾气丸温补肾阳、化气行水,方中附子、肉桂可温补肾阳,熟地黄补肾阳虚,泽泻、车前子、茯苓等利水渗湿,有利尿作用,可改善 BPH 患者排尿相关症状,从而提升疗效。中西医相结合治疗可起到互补作用,从而有效改善症状,提升疗效。

慢性炎症在 BPH 的发生与发展中也发挥重要作用,炎性细胞的浸润和炎症介质的释放可刺激前列腺平滑肌和间质细胞的增生,促进前列腺增生[17]。TNF - α是一种促炎细胞因子,由巨噬、T 或内皮细胞的等分泌,TNF - α 在炎症的早期阶段由免疫系统细胞释放,可以激活局部炎症反应,通过与其受体结合,

可激活炎症相关信号通路,进一步加剧炎症反应[18]。IL-6 是由多种细胞分泌的一种关键细胞因子,有促炎作用,可以刺激肝脏合成急性期蛋白,参与炎症反应调节,同时 IL-6 能够促使 T 细胞向 Th17 细胞分化,间接参与炎症性疾病的发生与发展[19]。E_2 与 T 在 BPH 发生中也有重要影响,T 可通过 5α-还原酶转化为更具生物活性的 DHT,促进前列腺组织的增生和肥大;E_2 是一种雌激素,在男性机体中其水平通常较低,其水平增加也会促进前列腺增生。E_2/T 反映了雌激素和睾酮之间的相对平衡,在老年 BPH 患者中,T 水平通常会下降,而 E_2 水平相对增加,其比例失衡可能会促进前列腺增生[20]。PSA 是一种由前列腺细胞分泌的蛋白酶,主要在前列腺液中存在,能够帮助液化精液,使精子更易于游动,PSA 在血液中的浓度通常较低,但在前列腺疾病发生时,PSA 水平可能会升高,在 BPH 中,由于前列腺的增生,可导致 PV 增加,从而促进 PSA 分泌增加[21]。

本研究显示,治疗后,联合组 TNF-α、IL-6、E_2/T、PSA 低于中医组和西医组,提示济生肾气丸辅助西医治疗可减轻炎症、调节性激素水平,缩小 PV。坦索罗辛和非那雄胺可通过改善 BPH 患者临床症状,抑制前列腺细胞增生,延缓病情进展,从而改善炎症;济生肾气丸方中车前子多糖物质、熟地黄豆甾醇物质、牡丹皮中牡丹酚和糖苷类物质等有抗炎作用,可以减少炎症细胞的浸润和炎症因子的释放,减轻前列腺组织的炎症反应,从而有效减轻炎症水平;附子和肉桂可温补肾阳,增强肾脏功能,促进内分泌系统的平衡,维持性激素平衡。

综上所述,济生肾气丸与坦索罗辛、非那雄胺联合用于肾阳虚亏证老年 BPH 的临床治疗,可有效减轻炎症、调节性激素水平,改善前列腺及尿流动力学情况,从而有效提升疗效,改善生活质量。然而本研究也存在一定局限性,由于研究中纳入的样本数量及范围较小,结果可能存在偏差,今后有待扩大样本量及范围进行进一步研究,对研究结果加以验证。

参考文献:

[1] 何冠蘅,郑婕,赖新生. 金匮肾气丸加味方联合穴位贴敷治疗肾阳虚型良性前列腺增生的临床观察[J]. 中药材,2021,44(10):2460-2463.

[2] 董莹,薛璐,武润泽,等. 督灸半灸法干预老年男性肾阳亏虚型良性前列腺增生的临床研究[J]. 河北中医药学报,2021,36(3):28-32.

[3] 张鑫,梁泰生,王坚,等. 前列舒通胶囊联合盐酸坦索罗辛缓释胶囊和非那雄胺片治疗良性前列腺增生患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2022,38(19):2273-2277.

[4] OTTAIANO N,SHELTON T,SANEKOMMU G,et al. Surgical complications in the management of benign prostatic hyperplasia treatment[J]. Curr Urol Rep,2022,23(5):83-92.

[5] 刘出山,刘秋璇,梁柏庆,等. 猪苓汤合当归芍药散治疗前列腺增生的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(11):2534-2538.

[6] 应海舟,应海芬,黄芳. 曲骨关元针刺配艾盒灸治疗良性前列腺增生症疗效及对炎症因子和激素的影响[J]. 中华中医药学刊,2021,39(2):207-210.

[7] 张涛,荀韵清,刘慧林,等. 火针治疗轻中度肾阳亏虚型良性前列腺增生疗效观察[J]. 中国针灸,2023,43(1):45-50.

[8] 黄积仓,毛亚兰,裴强强,等. 艾灸神阙穴(CV8)、济生肾气丸联合西药对慢性肾脏病 3~4 期疗效及免疫功能的影响[J]. 天津中医药,2021,38(8):1041-1045.

[9] 陈孝平,汪建平,赵继宗. 外科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社,2018:555-556.

[10] 于文晓. 良性前列腺增生症中西医结合多学科诊疗指南(2022 版)[J]. 中国男科学杂志,2022,36(2):96-102.

[11] WONG C K,CHOI E P,CHAN S W,et al. Use of the International Prostate Symptom Score (IPSS) in Chinese male patients with benign prostatic hyperplasia[J]. Aging Male,2017,20(4):241-249.

[12] 路桃影,李艳,夏萍,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J]. 重庆医学,2014,43(3):260-263.

[13] 余颖秀,欧镭颖,黄春梅,等. 岭南背针治疗肾阳亏虚型良性前列腺增生症的临床研究[J]. 针灸临床杂志,2023,39(10):7-12.

[14] 展敏,赵华,王春红,等. 温通针法治疗肾阳亏虚型良性前列腺增生临床观察[J]. 河北中医,2020,42(2):280-284.

[15] ABDULLAEV S P,SHATOKHIN M N,TUCHKOVA S N,et al. Effects of CYP2D6 allelic variants on therapy with tamsulosin in patients with benign prostatic hyperplasia[J]. Drug Metab Pers Ther,2023,38(4):323-330.

[16] NGUYEN D D,TRINH Q D,BHOJANI N. Combination of tadalafil and finasteride for the treatment of urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia:commercialization of the prescribing cascade[J]. Eur Urol,2022,81(4):323-324.

[17] 杨明根,许振强. 免疫炎症对良性前列腺增生细胞增殖和凋亡的影响[J]. 中华男科学杂志,2021,27(10):867-875.

[18] RUSSO G I,BONGIORNO D,BONOMO C,et al. The relationship between the gut microbiota, benign prostatic hyperplasia, and erectile dysfunction[J]. Int J Impot Res,2023,35(4):350-355.

[19] JIA L H,KUANG H D,YUAN X U. Efficacy of Buzhong Yiqi decoction on benign prostatic hyperplasia and its possible mechanism[J]. J Tradit Chin Med,2023,43(3):533-541.

[20] 王波,田野,班勇,等. 雌雄激素水平、良性前列腺增生、前列腺炎的关系[J]. 医学综述,2022,28(7):1285-1289.

[21] BHAT A,BLACHMAN-BRAUN R,HERRMANN T R W,et al. Are all procedures for benign prostatic hyperplasia created equal? A systematic review on post-procedural PSA dynamics and its correlation with relief of bladder outlet obstruction[J]. World J Urol,2022,40(4):889-905.

Therapeutic Effect of Jisheng Shenqi Pills as Adjuvant to Western Medicine in Elderly Patients with Benign Prostatic Hyperplasia of Kidney – Yang Deficiency Syndrome

JIANG Yuting[1], CHAO Liu[2], ZHANG Yi[1], LI Tianxiang[1], ZHANG Bo[1]

(1. *Suqian Hospital of Jiangsu Provincial People's Hospital*, *Suqian* 223800, *China*;
2. *Suqian Hospital of Nanjing Drum Tower Hospital Group*, *Suqian* 223800, *China*)

Abstract Objective: To investigate the therapeutic effect of Jisheng Shenqi Pills as adjuvant to Western medicine in elderly patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) of kidney – yang deficiency syndrome. Methods: A total of 180 elderly BPH patients admitted to Suqian Hospital of Jiangsu Provincial People's Hospital from January 2023 to May 2024 were selected and divided into three groups ($n = 60$ each) according to treatment methods: Western medicine group (tamsulosin + finasteride), traditional Chinese medicine (TCM) group (Jisheng Shenqi Pills alone), and combination group (integrated Chinese – Western therapy). Therapeutic efficacy, serum indicators [tumor necrosis factor – α (TNF – α), interleukin – 6 (IL – 6), interferon – γ (INF – γ), testosterone (T), estradiol (E2), prostate – specific antigen (PSA)], urodynamic parameters [maximum urinary flow rate (Qmax), residual urine volume (RUV)], prostate volume (PV), International Prostate Symptom Score (IPSS), and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) were compared. Results: The combination group showed superior efficacy compared to the Western medicine and TCM groups ($P < 0.05$). After treatment, the scores of primary and secondary symptoms decreased in all three groups ($P < 0.05$), with lower scores in the combination and TCM groups than in the Western medicine group ($P < 0.05$). Post – treatment, TNF – α, IL – 6, E2/T ratio, PSA, PV, IPSS, RUV, and PSQI decreased in all groups ($P < 0.05$), with the combination group exhibiting lower values than the TCM and Western medicine groups ($P < 0.05$). Qmax increased in all groups ($P < 0.05$), with the highest improvement in the combination group ($P < 0.05$). Conclusion: The combination of Jisheng Shenqi Pills with tamsulosin and finasteride effectively reduces inflammation, regulates sex hormone levels, improves lower urinary tract symptoms and urodynamic parameters in elderly BPH patients with kidney – yang deficiency, thereby enhancing therapeutic efficacy and quality of life.

Key words Benign prostatic hyperplasia; Kidney – yang deficiency syndrome; Jisheng Shenqi Pills; Tamsulosin; Finasteride; Urodynamics; Sleep quality